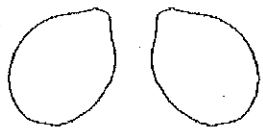


身体障害者補装具費支給意見書(耳鼻咽喉科用)

氏名			男・女	年 月 日生																																																		
住所																																																						
手帳番号	第 号	等級	級																																																			
疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと)																																																					
障害の種類	・伝音性難聴 ・混合性難聴 ・感音性難聴		オーディオグラム 聴力検査(純音による検査) オーディオメーターの型式 _____																																																			
聴力	右	dB																																																				
	左	dB																																																				
補装具装用効果	右	有 ・ 無																																																				
	左	有 ・ 無																																																				
補聴器の種類(処方)	高度難聴用 重度難聴用		ポケット型 耳かけ型 装用耳 (右・左) イヤモールド (要・否) 骨導式 ポケット型 骨導式 眼鏡型 その他 ()																																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>500</th> <th>1000</th> <th>2000</th> <th>Hz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>110</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> dB ※ 気導・骨導聴力をご記入下さい				500	1000	2000	Hz	30					40					50					60					70					80					90					100					110				
	500	1000	2000	Hz																																																		
30																																																						
40																																																						
50																																																						
60																																																						
70																																																						
80																																																						
90																																																						
100																																																						
110																																																						
(現症) 耳鼻疾患の有無及び障害の状況																																																						
※以下に示す場合にはその理由をご記入ください。 ・聴覚障害の障害程度が4級・6級の者に重度難聴用を処方する場合。 ・良聴耳に補聴器装用をしない場合。 ・裏面の語音聴取検査が70%未満の者に補聴器を処方する場合。																																																						
※意見書の記載は身体障害者福祉法第15条指定医に限る。 障害者の補聴器の交付は、装用効果の高い側の耳に片側装用を原則とする。 聴覚障害の障害程度が4級・6級の者に対しては、高度難聴用補聴器の支給を原則とする。 特例補装具の場合は、身体障害者更生相談所の来所又は巡回相談で直接判定を行う。 上記のとおり意見する。																																																						
年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名																																																						
				印																																																		

補聴器装用による語音聴取検査

原則として単音節もしくは文章理解度が概ね70%以上のものを交付基準とする。
 免許取得のための補聴器交付についてはこの限りではない。

1 単音節による検査

A表

検査機種名 () 装用耳 (右・左)

ア	キ	シ	タ	ニ	ヨ	ジ	ウ	ク	ス
ネ	ハ	リ	バ	オ	テ	モ	ワ	ト	ガ
あいまいさ △数		$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$				明瞭度		%	

B表

検査機種名 () 装用耳 (右・左)

キ	タ	ヨ	ウ	ス	ハ	バ	テ	ワ	ガ
ア	シ	ニ	ジ	ク	ネ	リ	オ	モ	ト
あいまいさ △数		$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$				明瞭度		%	

C表

検査機種名 () 装用耳 (右・左)

ニ	ア	タ	キ	シ	ス	ヨ	ク	ジ	ウ
オ	ネ	バ	ハ	リ	ガ	テ	ト	ワ	モ
あいまいさ △数		$\frac{\text{正答}}{20} \times 100$				明瞭度		%	

2 文章による理解度検査

検査機種名 () 装用耳 (右・左)

1	塩は甘いですか、辛いですか。	
2	水とお湯とではどちらが冷たいですか。	
3	夏の次の季節はなにですか。	
4	ぶどうはお菓子ですか、果物ですか。	
5	5月5日はなんの日ですか。	
6	土曜日の次はなんですか	
7	昼は明るいですか、暗いですか。	
8	東の反対はなんですか。	
9	桜が咲くのは春ですか、秋ですか。	
10	扇風機は夏使いますか、冬使いますか。	

医療機関名・業者名		検査者氏名	
-----------	--	-------	--